Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
Carpeta Nº 2959 de 2008

Versión Taquigráfica N° 1886 de 2008

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA"

ver exposición

Inserción del hospital en el Sistema Nacional Integrado de Salud

GRUPO DE PADRES "D"
Programa Nacional de Diabetes

ver exposición

Creación

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 26 de noviembre de 2008

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Álvaro Vega Llanes.

MIEMBROS: Señores Representantes Dardo Ángel Sánchez Cal y Luis José Gallo Imperiale.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Carlos Maseda y Jaime Mario Trobo.

ASISTEN: Por la Facultad de Medicina, profesor doctor Juan Lacuague, Decano Interino.

INVITADOS: Por el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", profesor doctor Francisco González, Presidente de la Comisión Directiva; doctor David Sempol, Delegado del Órden Egresados; enfermero Alfredo Alemán, Delegado del Órden de Funcionarios; doctor Daniel Alonso, Director Asistente e ingeniero Atilio Morquio, Asesor de Gestión.

Por el Grupo de Padres "D", señoras Gissell Mosegui, Beatriz Lazo y Rosario Soto, señores Ricardo Teixeira y Nicolás Núñez, doctor Jorge Milnitzky y arquitecto Ernesto Aguiar.

SEÑOR PRESIDENTE (Vega Llanes).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Antes de recibir a la delegación, el señor Diputado Trobo quería hacer un planteamiento. A tales efectos le cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR TROBO.- Como tengo una reunión de coordinación, no me voy a quedar en la Comisión y por eso quería hacer un planteamiento ahora.

El propósito que tenemos es que la Comisión resuelva encabezar el orden del día hacia el futuro con el proyecto de ley que oportunamente presentamos, denominado "Defensa de la Vida", para trabajar en él. La realidad política indicaba que si en algún momento había alguna precedencia para el tratamiento de un proyecto de ley, debería analizarse, profundizar en él, ver la forma por la cual se podría aplicar una legislación de esas características. Además, en la discusión de este tema, todos los que se refirieron a él manifestaron el propósito de promover acciones que pudieran impedir que se llegara a las situaciones extremas a las que lamentablemente se llega y con las que uno tiene que convivir.

En definitiva, nos parece, en primer lugar, que corresponde en el trabajo legislativo analizar los temas que están en carpeta y, en segundo término, que es una circunstancia adecuada para profundizar sobre esto y diseñar, a partir de la decisión de la Comisión de ponerlo como elemento de trabajo, una estrategia que nos permita ir relevando opiniones y analizarlo para resolver en consecuencia.

Ese es el planteamiento que hacemos en nombre del Partido Nacional y nos gustaría que se tomara una decisión en ese sentido, la que no reclamamos en este momento, por supuesto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo consideraremos en su momento.

(Se retira de Sala el señor Diputado Trobo)

(Ingresan a Sala el Decano interino de la Facultad de Medicina y las autoridades de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas)

——La Comisión tiene el agrado de recibir al Decano interino de la Facultad de Medicina, doctor Juan Lacuague, al Presidente de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, doctor Francisco González, y a los integrantes, el delegado de egresados, doctor David Sempol, el delegado de los funcionarios, enfermero Alfredo Alemán, así como el Director Asistente, doctor Daniel Alonso y el asesor de gestión, ingeniero Atilio Morquio, a quienes cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR LACUAGUE.- Recuerdo a la Comisión que la Facultad de Medicina tiene un hospital universitario, el Hospital de Clínicas, que es un centro de asistencia, docencia e investigación. A su vez, tiene servicios docentes en múltiples centros de salud pública, en los cuales hace docencia, formación de recursos humanos, pero básicamente asistencia que es la forma en que se enseña la medicina e investigación.

En este caso, concretamente, queremos plantear el problema del Hospital universitario en el marco de los cambios de la reforma de la salud, del Sistema Nacional Integrado de Salud, que está en proceso y sobre el que existen varias leyes. Vamos a plantear nuestras preocupaciones sobre cómo el Hospital de Clínicas se inserta en el Sistema Nacional Integrado de Salud, particularmente en el prestador público integral de salud.

Voy a pedir al doctor González, Presidente de la Comisión Directiva del Hospital, que haga uso de la palabra.

SEÑOR GONZÁLEZ.- Muchas gracias por recibirnos. Consideramos pertinente solicitarles esta reunión para expresarles la visión del Hospital acerca de la conveniencia de, en el marco legal actual establecido por las tres leyes que refieren al Sistema Nacional Integrado de Salud la de creación del FONASA, la de descentralización de ASSE y la propia creación del Sistema, considerar algunos avances que conciernen al Hospital de Clínicas y que, desde nuestra perspectiva, ameritan ser considerados en el marco de leyes complementarias que sabemos que con frecuencia se dan frente a un cambio sustantivo de un determinado sistema. Debemos enmarcar al Hospital de Clínicas en lo que es

históricamente y tener en cuenta su participación en la prestación a personas, en particular a ese casi millón desfavorecido económicamente.

Hemos traído un memorando de trabajo acompañado de las resoluciones de la Comisión Directiva, del Consejo de la Facultad y del Consejo Directivo Central a propósito de este asunto.

Entendemos que hay dos instituciones que tienen algunos elementos en común que les confieren identidad: el Hospital de Clínicas y ASSE. Ambas dependen del Gobierno Nacional, ambas derivan sus recursos económicos del mismo origen inclusive a través de la misma ley, el Presupuesto o la ley de Rendición de Cuentas y ambas fueron creadas para atender a la misma población. Cuando a finales del Siglo XIX se comenzó a discutir y se concluyó en la creación del Hospital de Clínicas, se hizo frente a la necesidad de recursos en el ámbito de lo que en aquel momento era la asistencia pública. Nunca se discutió que su destino fuera conformar y completar los recursos aplicados a una misma población. Lo único que se discutió en determinados momentos de la historia de creación e instalación del Hospital fue a quién se confería la administración, hasta que finalmente ustedes lo saben como nosotros el Presidente Batlle la confiere, y el Parlamento lo corrobora, a la Universidad.

Entonces, ambas instituciones pertenecen al Gobierno Nacional, sus recursos dependen de la misma fuente y a través de la misma ley y sus poblaciones objetivo son las mismas; aun en nuestros días y tras diversas resoluciones se sigue atendiendo a pacientes portadores del carné que confiere ASSE. No hay ningún paso, ninguna oficina dentro del Hospital, que realice una convalidación del carné de ASSE. Simplemente, la persona es referida o se presenta y se toma como usuario del Hospital de Clínicas, hecho que repito está en las resoluciones. Mirado así, nosotros entendemos que el Hospital y ASSE son parte de un mismo asunto, y si bien uno está descentralizado y el otro corresponde a la Universidad y tiene la autonomía correspondiente, desde ente autónomo y servicio descentralizado están obligados al mismo asunto o a la misma población. De paso les recuerdo que no atienden a la población FONASA mayoritariamente sino que, por el contrario, más del 90% de los usuarios pertenece a la población que no está contemplada en el FONASA y para su asistencia depende de los recursos presupuestales que se confieren a ambas instituciones.

Inclusive, mirado desde esa perspectiva, parece tener cierto grado de lógica pensar al prestador público como compuesto por estas dos instituciones. Ello no inhabilita que nosotros ponderemos mucho la existencia de otros organismos del Estado, como el Hospital Militar o el Hospital Policial, que tienen otra población objetivo, o los servicios municipales, que no dependen del Estado, pero contribuyen fuertemente a la asistencia de la misma población; estos últimos servicios son municipales, no dependen del Gobierno nacional.

Por eso decimos que estos otros dos tienen características comunes. Cuando la JUNASA hizo la convocatoria para la presentación de prestadores integrales, el Hospital no se presentó. Eso fue el resultado de una discusión interna y de una resolución porque nos mirábamos en esta perspectiva. Inclusive, podríamos decir que cuando ASSE se presenta y es considerado un prestador integral, lo es porque el Hospital de Clínicas existe y porque existen servicios de la Facultad instalados en el ámbito hospitalario y extrahospitalario de ASSE que habilitan a sus funciones diversas. Algunos suman en cantidad mientras que otros, en realidad, son servicios únicos. Nosotros referimos siempre lo que pasa con la oftalmología de urgencia en Montevideo y en la zona sur del país, donde la atención para niños y adultos radica en el Hospital de Clínicas. Es decir que el servicio que tiene ASSE es este servicio del Hospital. Luego, las 400 camas que tiene el Hospital son para usuarios de ASSE, no son para otros, y si bien el Hospital puede vender servicios que responden económicamente al Fondo Nacional de Recursos, son los menos.

De modo que esta identidad es histórica y fue creada por el país; no es una visión del momento sino algo de la realidad construida expresamente. Uno ve, cuando repasa algunos elementos históricos disponibles, que esto que el país construyó para asistencia de una misma población es un hecho de la realidad. Reitero algo que ustedes podrán tener presente: las clínicas médicas y quirúrgicas generales de los hospitales de Montevideo de ASSE son atendidas por personal docente, por médicos docentes, y lo mismo ocurre con buena parte de la asistencia del Pereira Rossell, donde algunas cátedras son originales, además, como institutos de prestación, en analogía con lo que decía de la atención oftalmológica.

Desde esa visión es que nosotros nos vemos formando parte de lo que podríamos llamar provisoriamente un prestador público integral integrado. Podrá contener otros servicios pero, sin duda, ya es un hecho de la

realidad que ASSE y el Hospital conforman las acciones que habilitan a ese prestador, que dependen del Estado y fueron creados para ello, reitero, para esa población.

Las tres leyes promulgadas a fines del año pasado y principios de este fueron consideradas por la UDELAR y la Facultad de Medicina como un fuerte avance en la asistencia a las personas y en la organización sanitaria del país. Eso lo expreso aquí pero también figura en resoluciones de la Facultad. Entonces, es en ese marco de avance que encontramos que la ley de descentralización de ASSE habilita a que ésta se sienta responsable total del asunto, y habilita a una mirada desde ese lugar, perdiendo ese componente de complementariedad que nosotros vemos en ambos servicios.

Debemos decir, para que quede claro, que ya a finales del año pasado con la Comisión Mixta, con la señora Ministra y con el señor Subsecretario habíamos generado un ámbito de coordinación entre ASSE y el Hospital. Una vez instaladas las autoridades de ASSE, hemos tenido una buena relación con las personas que dirigen esa Administración. Mantuvimos reuniones con el Directorio completo hasta en la última participó el doctor Aguilar y hubo una buena comprensión de nuestra perspectiva. Sin embargo, también hay otros asuntos a tener en cuenta, tales como el gran desafío que tiene ASSE para reorganizarse y nivelarse en la situación actual y también esto de que se siente responsable como lo es, en buena medida de organizar los servicios de prestación. Por eso es que nosotros planteamos a ASSE la necesidad de que, en este nuevo escenario, hubiera un acuerdo marco que tuviera en uno de sus pocos y primeros artículos esta visión conjunta de que conformamos el sistema de prestación y habilitamos la formación de una estructura que nos coordine, que nos evite duplicar servicios y que nos permita de verdad tener esa complementariedad. En ese camino estamos yendo. Ya hemos tenido varias reuniones y la semana pasada ya se nombró una nueva persona representante del Directorio de ASSE, con la cual tuvimos alguna reunión y comenzaremos a trabajar la semana próxima. De modo que estamos esperanzados en que tendremos una confluencia de visión y vamos a lograr un avance. Sin embargo, nos parece que este hecho de que ambos prestadores desde sus lugares conforman el sistema de prestación pública para la misma población podría y es lo que les solicitamos consideren ser establecido en alguna instancia futura en el marco de una ley complementaria.

Entonces, con independencia de quienes estamos en un lugar de acción en un momento determinado, esto puede ser visto como un asunto de política de Estado y generar una mayor vinculación entre ambos componentes. Obviamente, el objetivo es la asistencia de las personas. Pero, para terminar, quisiera decirles que vivimos un fuerte compromiso en el sentido de que, cuando decidimos crear un servicio, intentamos que no se duplique respecto a lo que ASSE dispone, por lo siguiente. El Hospital se ha definido como un hospital de segundo y tercer nivel. Para ser de segundo nivel tiene que convenir con ASSE tener una población a cargo, con todas las dificultades que ello significa; y para ser de tercer nivel, no se ve como el único. En el país, en Montevideo y en el interior, hay hospitales que han desarrollado servicios de tercer nivel. De manera que lo que hay que hacer es avanzar con esos componentes de fortaleza en ambos lugares y generar nuevos proyectos contemplando el lugar. Cuando convenimos a la interna del Hospital no desarrollar determinado servicio porque ya está en ASSE, para nosotros es una decisión de enorme trascendencia; quizás sea de mayor trascendencia que decidir desarrollar un programa. ¿Por qué? Porque nosotros tenemos también la formación de recursos como un componente. Ponemos el ejemplo de lo que sucede con el transplante de médula ósea, que está relativamente bien desarrollado en el Hospital Maciel: nosotros hemos resuelto, pese a los proyectos de la Cátedra, posponer el desarrollo hasta ver si hay algo complementario que sea necesario desarrollar. La decisión de no desarrollar implica un compromiso muy fuerte. Es una resolución de gran peso y tiene que ir acompañada de la certeza de que todos los ámbitos estén en ASSE o en el Hospital son lugares de formación de recursos humanos. No tenemos mucho temor porque esa vieja alianza para la formación de grado y de posgrado en el país se ha dado bien. Inclusive, hay ahora, desde la Escuela de Graduados una intensificación de los programas de interacción de desarrollo del sistema de residentado y de unidades acreditadas en el ámbito de ASSE para ampliar la base de formación e intensificar el relacionamiento

En definitiva, veíamos que era totalmente pertinente nuestra propuesta y resultaba necesario incitarlos a reflexionar sobre la conveniencia de que el Estado se dé, también a nivel de una ley complementaria, el reconocimiento de un hecho que es de la realidad y que es histórico. En el memorando verán que hay algunos hechos, que no queremos tildar de secundarios pero que derivan de esta perspectiva, que tiene que ver con los recursos económicos.

Los recursos económicos son muy importantes no los queremos soslayar, pero no son el centro del asunto, y vamos a poner un ejemplo. Cuando en la ley de descentralización de ASSE se establecen sus recursos, en un

artículo se dice que lo que sobre del FONASA luego de distribuir lo correspondiente a las cápitas se verterá a ASSE. Si hay un conjunto prestador, eso también podría ser mirado desde otra perspectiva, pero es un ejemplo de una mirada en un momento determinado hacia un avance que era la descentralización de ASSE.

Finalmente sería para considerarlo en Legislaturas siguientes, cada vez más en el Hospital se está considerando que somos una dependencia de la UDELAR, pero también somos un centro asistencial.

Esto no propicia la distribución de más o menos recursos económicos, pero sí que cuando se calculan las asignaciones al Hospital en las leyes presupuestales y Rendiciones de Cuentas, se considere cuál es su componente asistencial, cuánto representa, cuánto implica en dinero y cuál es su componente docente, inclusive, separando ambos componentes. Se trata de calcular el componente asistencial con una mirada global de qué tengo desde el Estado para la asistencia. Teniendo en cuenta la población, la calidad de la asistencia y los elementos que tengo a disposición, se puede calcular el monto a asignar y, dentro de ese monto, habrá una discriminación aquí y allá.

Es una posibilidad que también contribuiría, eventualmente, a impedir lo que fue la última crisis del Hospital. No nos queríamos referir a ella; solamente la utilizamos como ejemplo. Hay que tener en cuenta que la estructura del presupuesto de una Universidad tiene una fuerte diferencia con la estructura de presupuesto de un centro asistencial. El gasto en recursos materiales es mucho mayor en un centro asistencial.

Entonces, también debe tener algún componente de ajuste que permita responder a lo que sucedió en el hospital, que fue una persistencia de la demanda un poco en contra de lo que se esperaba en el primer y segundo año de aplicación de la ley del FONASA en particular y de los prestadores. En el Hospital no bajó la demanda y, además, un incremento no esperado pero sustantivo del precio de los insumos. Esos dos elementos contribuyeron a que los dineros no dieran para terminar el año aunque, por suerte, con la contribución de la UDELAR y del Poder Ejecutivo se pudo avanzar y los dineros están

SEÑOR ALONSO.- Quiero recalcar algunas cuestiones planteadas por el doctor González. Creo que hay una asociación natural histórica entre ASSE y el Hospital de Clínicas dado que desde hace 55 años trabajan dirigidos a la misma población.

Es una asociación histórica pero nunca formalizada como tal, con presupuestos distintos e instituciones totalmente diferentes, con una necesidad tremenda se ve todos los días de establecer coordinaciones más estrechas y, sobre todo, de programar acciones y la oferta de recursos que se destinan. Por un lado, el Hospital programa sus recursos y ASSE, que es un organismo muchísimo más grande, de alcance nacional, que abarca todos los niveles de atención, hace lo mismo con sus recursos, pero hay huecos.

En algunos momentos hay superposiciones. Por ejemplo, hay una población que necesita camas de CTI, pero nosotros. desde el Hospital, no tenemos, la visión del conjunto porque no sabemos dónde está esa población, cuándo va a llegar al Hospital. En este momento, tenemos una oferta de quince camas, pero constantemente nos vemos superados por la demanda. Inclusive, muchas veces se ha salido, a costo del Hospital, a contratar camas en CTI privados.

En el fondo se trata de la falta de programación conjunta de las necesidades que tenemos que ofrecer. Ese tipo de huecos es lo que nosotros queremos superar en el sentido de dar un paso más en el marco de este Sistema Nacional Integrado de Salud, constituyéndonos como un prestador integral, que solos, no lo somos. Somos un Hospital de segundo y tercer nivel, pero junto con ASSE estamos convencidos de que fortalecemos, enriquecemos y diversificamos la oferta que ASSE hace a la población más carenciada del país: casi un millón de adultos tienen cobertura de ASSE.

Delimitar nuestra población también nos facilitaría en el sentido de programar nuestra oferta de servicios. El Hospital siempre trabajó a demanda abierta. Potencialmente, un millón de personas puede llegar al Hospital. Teniendo el carné, llegan al Hospital, y no hay institución que trabaje así en el medio. Todas las instituciones tienen un universo delimitado, una población cerrada, ya sea Hospital Militar, Hospital Policial, CASMU o Casa de Galicia.

Cualquier institución de salud sabe cuánta población tiene; nosotros no. Sabemos el número potencial pero no el real, es decir, cuántas personas van a llegar este año. Continuamente estamos enfrentados a este

desbalance entre lo que ofrecemos con el presupuesto universitario y lo que llega al Hospital derivado de los centros de ASSE o por sus propios medios.

Entonces, como decía el señor Presidente, se impone una coordinación racional, más lógica, pensada para una población que no dependa solamente de las autoridades ocasionales de cada institución, sino que sea un ámbito formalizado de coordinación. Pensamos que este es el momento más apropiado para formalizar este tipo de solución. Es en ese sentido les hacemos llegar esta propuesta.

SEÑOR ALEMÁN.- Represento a los trabajadores en la Comisión Directiva del Hospital. También soy miembro de la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas; formo parte de la dirección del Sindicato.

Nosotros compartimos ampliamente en casi todos sus términos la propuesta que hace la Comisión Directiva porque también fue trabajada y negociada con nosotros en jornadas institucionales que se hicieron en el año 2007, donde se decidió este perfil y este modelo de Hospital. Usando a veces la libertad que nos da estar en una organización sindical, también hemos salido a presionar, tanto al Gobierno como a todo el espectro político, en cuanto a la situación del Hospital, que sabemos que es histórica.

Esto nos está llevando a que, por fin, se nos escuche. Hemos tomado algunas medidas, que no son nada simpáticas pero que son herramientas políticas que usamos tradicionalmente los trabajadores para hacernos escuchar. Precisamente, son para que cada uno en su ámbito, en su responsabilidad, pueda hacer su aporte para que el Hospital pueda integrarse al sistema. Creemos que esta propuesta de integración no solo salvaría al Hospital sino que le permitiría dar su aporte a la sociedad, que permanentemente está reclamando a la Universidad que haga su aporte.

El Hospital es la cara más visible de la Universidad de la República y devuelve mucho más de lo que la sociedad invierte. Como se sabe, el Hospital de Clínicas se lleva casi el 70% del presupuesto universitario. La Universidad tiene el Programa 104 por el cual se establece la atención de salud a la población.

Cualquier hospital universitario del mundo como sucede en Brasil, que es el ejemplo más cercano, además de recibir el presupuesto universitario para docencia e investigación, recibe un presupuesto para asistencia de la población y, como dijo el doctor Alonso, tienen un universo asignado de población.

Asimismo, esta propuesta contribuye a la racionalización de los servicios de salud que brinda el Estado.

Lo que pedimos como trabajadores al Paramento es que apoye esta iniciativa, ya que vaya la crítica para todo el espectro político en su momento no se nos dio el presupuesto que solicitábamos, y realmente lo necesitamos. Prueba de ello fue la crisis que vivimos en estos momentos; tuvimos que recurrir nuevamente al Ministerio de Economía y Finanzas y al Poder Ejecutivo para que hicieran esos aportes extra que nos permitieran terminar el año.

Por lo tanto, pedimos al Parlamento que apoye esta propuesta de integrar al Hospital y que haga la parte que le corresponde, que es, precisamente, aprobar las leyes que permitan un mejor funcionamiento de a la sociedad, integrando el Hospital al Sistema para que pueda brindar toda la riqueza humana, profesional y técnica que posee. Además, el Hospital necesitará otras cosas, pero a cada uno le pediremos lo que le corresponde. Al Parlamento le pedimos que nos ayude y apoye en esta iniciativa, brindándonos las herramientas legales para que el Hospital pueda integrarse al Sistema y se pueda racionalizar la atención, que redundará en beneficio de toda la población.

SEÑOR SÁNCHEZ.- Es muy compartible el planteamiento realizado por la Comisión Directiva, muy complejo desde el punto de vista jurídico, administrativo y presupuestal, porque hace muchos años que se opta porque el Hospital de Clínicas lo organice la Universidad y que a ASSE la organice el Estado.

Soy Representante por Treinta y Tres y me consta que la población de mi departamento desconoce que el Hospital sea universitario. La gente cree que es del Estado, de ASSE.

Por lo tanto, creo que sería esencial tomar el planteamiento de la Comisión Directiva y estudiarlo en profundidad para revolver el problema definitivamente. La propuesta de ustedes es muy plausible, y habría

que considerarla entre los compañeros.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- El planteamiento de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, avalado por la Facultad de Medicina, es absolutamente compartido.

Voy a adelantar una opinión personal, por razones obvias, porque se solicita una respuesta política que vamos a analizar en su momento. En primer lugar, se trata de una propuesta absolutamente compartida. En segundo término, ha sido muy difícil explicar por qué no se incorporó de entrada al Sistema el Hospital de Clínicas. Tal vez no se haya discutido en profundidad este tema y no plantearon propuestas para incluirlo; esa es una realidad, y en tal sentido todos podemos tener nuestra culpa. Creo que en este nuevo sistema que tratamos de llevar adelante no se puede concebir que el Hospital de Clínicas no esté integrado.

Cuando se empezó a preparar el Sistema se descentralizó ASSE. La Ley de Descentralización de ASSE fue para ASSE, porque en definitiva el fundamento era sacarla de la órbita del Ministerio de Salud Pública para que tuviera su autonomía, en función de que el Ministerio de Salud Pública que sería rector no podía estar laudando en temas en los que estaría involucrado.

Esa ley no incorporó al resto del sistema público; esto se concretó con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Efectivamente, al referirse a los prestadores públicos menciona a ASSE por un lado Hospital de las Fuerzas Armadas, Hospital Policial y el resto de los servicios médicos de los entes. Este era todo el servicio público, menos el Hospital de Clínicas.

Entonces, el gran desafío, frente a esta propuesta, es cómo incorporar al Hospital de Clínicas al Sistema. Uno advierte que en este caso habría que resolver dos problemas legales. El primero está vinculado con que todos los prestadores tienen un universo de usuarios; ASSE tiene un universo que son los carné de asistencia, al que se agregó el grupo de aquellos beneficiarios del FONASA que optan por el sistema público. Asimismo, el universo del Hospital Policial está delimitado, el del Hospital de las Fuerzas Armadas también, y el de los servicios médicos también.

Por lo tanto, habría que analizar si convendría que el Hospital de Clínicas se individualizara como un prestador público de servicios específicos en cuyo caso habría que adjudicarle un universo o, dado que el universo que atiende ASSE es el mismo que el del Hospital de Clínicas, la posibilidad de habilitar una complementación asistencial, porque en definitiva ASSE es un servicio público que tiene cobertura nacional, porque tiene hospitales en todos lados y una red de policlínicas, y el Hospital de Clínicas es un servicio público nacional de referencia para segundo y tercer nivel.

Así como hay pacientes que vienen al Hospital Maciel para resolver un problema de tercer nivel, pueden tener otra opción.

Lo que está faltando a mi entender, es lo que debería determinar la ley es el primer nivel, porque el sistema está integrado por prestadores que brindan asistencia integral, que el Hospital de Clínicas no tendría totalmente resuelto, menos a nivel nacional. Entonces, habría que analizar una ley que habilite la posibilidad de que excepcionalmente el Hospital de Clínicas ingrese al Sistema como prestador público, aunque no cubra ese primer nivel de asistencia, o crear la figura de la complementación que sería ASSE-Hospital de Clínicas. ¿Cuál es el problema? La financiación. A mi entender, este es el segundo problema, es decir, cómo financiamos esta integración. ASSE está financiado por el Presupuesto Nacional y la otra parte tiene financiación a través del FONASA.

Por otro lado, el Hospital de Clínicas tiene una financiación pura y exclusivamente universitaria. Entonces, para poner en práctica esta idea que están manejando a mediano y largo plazo habría que analizar si el Hospital de Clínicas debe continuar en la órbita universitaria. Este es un tema que habría que discutir. No lo digo como opinión, sino para analizarlo.

Aquí se ha dicho que la parte de educación y extensión es lo prioritario como algo conceptual, pero lo mayoritario es la parte asistencial. Los recursos desde el punto de vista asistencial se ha dicho aquí y yo lo comparto en los presupuestos universitarios no se valoran, es decir que los recursos que se dan al Hospital de Clínicas no son suficientes porque no se evalúa el verdadero costo que tiene la parte asistencial, y entonces,

la ley lo tendría que determinar. Por lo tanto, creo que el tema de la financiación es algo importante que se debe definir.

Entonces, si en el futuro el Hospital sigue siendo universitario, se le debe dar el presupuesto adecuado teniendo en cuenta cuál es la parte asistencial o agregar recursos al presupuesto que no provendrían de la Universidad sino del sistema público, de Rentas Generales. Además, deberíamos hacer un análisis muy profundo para buscar la solución. Por lo tanto, creo que el tema de la financiación es clave.

En cuanto al concepto, creo que estamos todos de acuerdo, pero tenemos que hilar muy fino para ver cómo financiamos la parte asistencial que realiza el Hospital de Clínicas atendiendo a gente que está dentro del sistema aunque no está incluida en el seguro. Por lo tanto, el Hospital está atendiendo usuarios del sistema y no está recibiendo la financiación a través del seguro.

Me gustaría que profundizaran un poco más para aclarar cuál es la idea de cómo se pueden insertar en el sistema y en el seguro. Me parece que es algo interesante que puede aportar elementos para avanzar.

SEÑOR ALONSO.- Nosotros vemos al Hospital como de segundo y de tercer nivel.

Las prestaciones consideradas de tercer nivel son de alcance nacional; no hay duda. Un transplante de riñón y páncreas se hace en el Hospital de Clínicas aunque el paciente viva en Artigas o en Tacuarembó.

Para el segundo nivel necesitamos la estrecha coordinación con ASSE para definir el territorio y la población. Estamos hablando de la franja este de Montevideo y Canelones, abarcando Ciudad de la Costa y Pando y compartiendo con el Hospital Maciel, el Hospital Pasteur y el Hospital Dr. Crottogini. Necesitamos una estrecha coordinación para ver cuál es el territorio, los límites geográficos, la cantidad de población adulta y qué recursos de nivel primario tiene. A partir de ahí se puede planificar la oferta como Hospital de segundo nivel. Por lo tanto, hay dos componentes: por un lado la limitación de la población y del territorio, y por otro, la población total de adultos de ASSE para prestaciones de tercer nivel.

En cuanto a las fuentes de financiación, nosotros vemos tres posibilidades. Las dos actuales, que son el presupuesto universitario que cubre el 85% de los gastos del Hospital y el extra presupuesto que es lo que genera el Hospital por la venta de servicios al Fondo Nacional de Recursos, en particular los servicios de los IMAE nefrológico y cardiológico. Además de esto, consideramos importante complementar el componente asistencial del Hospital con una tercera fuente que me parece que debería provenir del seguro, de la financiación del sistema.

Por otra parte, algo más técnico sería delimitar como Hospital de segundo y tercer nivel qué porción tendría que asignársele, pero la fuente sería esa.

SEÑOR VEGA LLANES.- Veo con buenos ojos la iniciativa pero hay algunas cosas que me parece que sería bueno manifestar. Espero ser bien entendido; si no, estoy dispuesto a pagar el precio por decir lo que pienso.

Voy a hablar en particular de la Facultad de Medicina ya que la conozco bien. Creo que hay algunas cosas que hay que empezar a modificar. Para manejar una cuestión de absurdo, es como si yo tuviera una panadería y comprara bizcochos en la de la otra cuadra para mis funcionarios. Yo no entiendo cómo la Universidad, que tiene un centro que se lleva el 30% del presupuesto paga una cuota mutual para sus funcionarios. No sé qué porcentaje del presupuesto implica esto. Si estamos convencidos de lo que brindamos, no sé cuál es el problema en dar asistencia a nuestros propios trabajadores.

En Salud Pública se vivió una situación similar y ahora cambió. Si estoy en el FONASA tengo libertad de elección y nadie me la va a cortar, pero si no estoy en el FONASA, no. La Universidad ha venido gastando en dos cuotas mutuales por trabajador, inclusive los del Hospital de Clínicas, para pagar una mutualista.

También creo que hay cuestiones prácticas para resolver. Obviamente que la asistencia brindada con fines docentes no es igual a la que se brinda como puramente asistencial sin tener a nadie a cargo. Además, se requiere una organización que no existe.

Por otro lado, en un hospital que no tiene estudiantes algunas cosas pueden ser más caras, pero también hay que tener en cuenta que la docencia en la Facultad se ha transformado en un escalón para ir a trabajar a la actividad privada y a veces se va al privado y no se va a la Universidad. Es otra dificultad.

Me pregunto por qué ASSE envía a sus enfermos cardiológicos y a sus insuficientes renales a atenderse en otros lugares, privados, y no en el centro que hay en el Hospital de Clínicas. Para resolver estas cosas quizás no es necesaria una ley; capaz que alcanza el sentido común.

Durante mi época de estudiante y de interno estuve en el Clínicas. Como ya hace un tiempo que estudié, cuando hice la rotación por cardiología había empezado el auge del ecocardiograma. Comenzaban a hacerse los primeros, pero eso no se enseñaba; se decía: "Eso es para algunos". Después viví algo así con la fibroscopía. En fin, creo que algunas cosas se pueden resolver si hay voluntad de hacerlo.

Antes de terminar quiero aclarar que durante todo el período de estudio del proyecto esperamos a la Facultad. La esperamos; esperamos que viniera porque en nuestro sueño de cambio del sistema la Facultad era la locomotora, era la que lo llevaría adelante, porque este sueño de cambio en la salud lo adquirimos en su seno. Pero quedamos esperando; nunca hubo cosas que nos parecieran muy importantes, aunque es fundamental para el sistema, porque qué médicos vamos a formar, qué técnicos vamos a formar y para qué. Hoy tenemos una crisis por falta de anestesistas, entre otras cosas, porque en el país nunca se dijo cuántos anestesistas precisamos, cuántos médicos necesitamos. Todo ese tipo de preguntas permanece sin respuesta.

Nosotros tuvimos la puerta abierta para la Universidad; esperábamos que fuera el factor fundamental para el empuje de este sistema, pero no lo fue.

Cuando discutimos el papel del Hospital de Clínicas no tuvimos la capacidad de resolver y lo dejamos ahí, en esta situación de flotación. Pero reitero que no tuvimos una discusión muy profunda con la Facultad acerca de cuál era su visión; la Facultad no vino.

Entonces, es cierto que hay algunas dificultades, pero también hay determinados temas que podemos y debemos corregir, y para ello tal vez no se necesiten leyes. Yo tenía la necesidad de decírselos, porque si no terminamos palmeándonos la espalda, y yo tengo la convicción de que en el país a veces resolvemos lo que se ve y no miramos para abajo, que es donde están los problemas, y en un par de años volvemos a afrontar las mismas dificultades. Hay cambios que deben ser un poco más de fondo y que hay que encarar.

Disculpen mi atrevimiento al plantear esto, porque ustedes trabajan en esto y yo, ahora, que no voy a la Facultad, lo veo de afuera. De todos modos, me parecía importante mostrarles mi visión, que está teñida del más profundo cariño al Hospital, porque fui interno durante dos o tres años, y, ni qué hablar, a la Facultad que me dio esto, bueno o malo, que soy como médico.

SEÑOR SÁNCHEZ CAL.- Yo no conozco en profundidad el Clínicas y quisiera saber si el notorio deterioro que advertimos por televisión se debe a que las asignaciones presupuestales nunca han sido suficientes, es decir, que el presupuesto universitario no alcanza para sustentar un hospital de esa naturaleza.

Además, me gustaría saber cuántos pacientes se atienden anualmente en el Clínicas, para tener una perspectiva acerca de cómo funciona en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR SEMPOL.- El señor Presidente planteó recién por qué la Universidad, que podría atender a su personal en el Clínicas, optó por hacerlo en la salud privada. También se refirió a otras cosas que es hacían y no se enseñaban en el Hospital. Todo tiene su explicación, que puede ser opinable.

Yo entré a Facultad en 1950. En 1952 ingresé al Hospital Maciel, a la Clínica de Semiología, de Purriel. En 1955 entré al Clínicas, o sea que lo conozco desde aquella época, y he podido apreciar el deterioro que ha sufrido. Cuando el Hospital empezó a funcionar era más que un establecimiento privado. Los pacientes tenían "robe de chambre", auxiliares de enfermería encargadas exclusivamente de su atención personal, de su higiene y cuidado. Las enfermeras se encargaban de todo. Había una enfermera por Sala y por turno. Había doce camas generales y también aislamientos: dos de dos camas y dos, de una. En total, había dieciséis camas en seis Salas. Las de la punta tenían quince camas. En total había ciento seis camas por piso. La comida era

excelente. Cuando el paciente entraba a la emergencia del Hospital era bañado y se le entregaba ropa del establecimiento. La familia no tenía que ocuparse, absolutamente, de nada. Traspuesta la puerta, el paciente era del Hospital y su alimentación, su ropa y su cuidado estaban a cargo del Hospital. Durante la noche no había, como en el Maciel, familiares en las Salas, cuidando el sueño de los pacientes, en ausencia de todo personal, en medio del silencio. El paciente estaba atendido por la Enfermería. Si el paciente estaba grave, el familiar permanecía en el solario y de tanto en tanto pasaba a visitarlo. Las historias estaban mecanografiadas e impecablemente guardadas. Todos los sábados se hacía cierre de historias. El block funcionaba toda la semana. Se operaba toda la semana cantidad de pacientes que recibía. Pero recuerdo la acérrima y reiterada crítica de la prensa, en especial, de "El Día" y "El País", que todos los días hablaban de ese monstruo que apenas tenía camas, que no permitía que los familiares estuvieran durante la noche, etcétera. En aquel momento el Hospital de Clínicas eran centro de referencia y había gente que quería pagar para asistirse porque la asistencia técnica y médica era la del Maciel y la del Pasteur; los médicos eran los mismos. ¿Cuál era la diferencia? Que había un local nuevo, limpio, sin cucarachas ni ratas; enfermería profesional en todas las Salas, en todos los pisos y en todos los turnos, y una alimentación excelente. Entonces, la gente optaba por el Hospital, ¡por supuesto!

Ahora bien, a medida que el Hospital se fue asfixiando progresivamente a nivel presupuestal mientras se le exigía que mantuviera sus prestaciones, se empezó por restringir lo más prescindible y atender lo indispensable. Eso determinó que el Hospital dejara de ser un centro de atención y de progreso técnico, científico y tecnológico. Como la sociedad reclamaba cosas, hubo gente que consiguió financiación o se arriesgó y empezó a hacer fuera del Hospital aquello que en ese establecimiento no se hacía, en parte, en la asistencia mutual, y en parte, en la privada, con la promoción de todos los Gobiernos, que estimulaban la parte económica, el economicismo, el concepto de que lo que no da ganancia no sirve y de que lo que importa es competir y vencer al otro. Ese es el camino que recorrió el Hospital en su deterioro. Desde tener las historias mecanografiadas, llegué a ver hasta exámenes pedidos en papel "Sanitas", para que vean cómo son las cosas. Entonces, esa es la explicación de por qué llegamos a tener en los pisos cisternas sin funcionar, baños obstruidos, llenos de materia fecal, inundaciones cuando llovía, etcétera. Es más: si no fuera por la plata que nos regaló el amigo Hugo Chávez, ni la emergencia habría sido reparada, ni habríamos reparado los ductos de la parte eléctrica de todo el Hospital, ni tendríamos trasplantes ni nada, porque no habría dinero para hacerlo.

Entonces, esa es la explicación que generó que el polo que estaba en el Hospital, que era el que regía toda la tecnología, se desplazara a la parte privada, en la cual, en un sistema como el nuestro, que es capitalista, donde el lucro no solo está permitido, sino que es estimulado, la gente se tira a hacer dinero. De la misma forma fue que aparecieron las emergencias móviles en la parte privada, como una necesidad reclamada por la población porque los servicios de urgencia del mutualismo no funcionaban. Y en los hechos, la UCM, que es la que empezó que la manejó un médico que yo conozco, que era muy lúcido para los negocios, salvó muchas vidas, pero al mismo tiempo fue un elemento de lucro y ganancia, y quien la fundó la vendió muy bien, en miles de dólares. Así, ya surgieron otras cosas. Después, como cuanto más tiempo pasa es peor, quienes tienen el turrón en la mano y están ganando no pueden aceptar que se les vaya, de la misma forma que los grandes capitalistas, si viniera el socialismo, se enojarían, porque querrían seguir ganando; y pasa en Montevideo y en el interior. Ha pasado que hay equipos que no funcionan, misteriosamente, pero el mismo que está encargado de hacer el trabajo en el Hospital, lo hace en forma privada, y cuando recibe ese trabajo del Hospital, lo cobra aparte. ¿Realmente el equipo no funciona o no funciona porque no quiero que funcione?

Todo eso es cierto. Es una parte del problema que existe en la Salud nacional, en lo público y en lo privado: hay una podredumbre economicista que ha pervertido la moral, pero que no es solo de los médicos; es general. La sociedad está deteriorada en su criterio, los valores se han perdido, el dinero y la riqueza se han erigido como valor principal; lo demás no cuenta; como dice Discépolo, en "Cambalache": "El que no afana es un gil".

Entonces, para corregir todo eso se necesita tiempo, formación y ejemplo, y el Hospital aspira a volver a ser lo que fue en el pasado: un centro de referencia y de conducta ética, para recuperar la relación médico-paciente, que está deteriorada a todo nivel. El médico ha dejado de ser, frente al paciente, como un amigo, un hermano, al cual el otro recurre porque está enfermo. Peor aún en este país, donde todos los médicos han estudiado sin pagar un centésimo. Hay un costo personal, porque la matrícula es gratis, pero la enseñanza cuesta, y cada día más, porque es imposible trabajar y estudiar yo trabajé y estudié; otros no pueden hacer lo

mismo, pero los médicos tienen, como profesionales y ciudadanos, un compromiso moral ineludible con la sociedad de defender su salud, que es la que pagó con sus impuestos o con desocupación, marginación y miseria esas carreras. Sin embargo, se tiende a convertir al profesional en una especie de sanguijuela que utilizó al que le mantuvo la carrera, para después convertirse en un explotador más. Eso hay que corregirlo. Es un tema ético profesional que está vinculado a esto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Le agradezco la historia porque no la conocía.

SEÑOR GONZÁLEZ.- Me gustaría señalar algunos aspectos en respuesta a preguntas o comentarios que la Comisión formuló, poniendo a los Diputados en antecedente de que, si bien ASSE está descentralizado, las autoridades del Ministerio de Salud Pública conocen esta propuesta de la Facultad. Existe una Comisión mixta, integrada por el Ministerio y la Facultad de Medicina, que funciona muy bien y se reúne rigurosamente en forma mensual, y cabe destacar que las resoluciones que avalan este documento han sido presentadas en ese ámbito y son conocidas por las autoridades del Ministerio, quienes en voz del señor Subsecretario han mostrado un acuerdo con esta propuesta.

En el proceso de las leyes que fueron iniciativa del Poder Ejecutivo y se elaboraron en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, señalamos algunos de estos aspectos. Asimismo, somos parte de la delegación que acompaña al señor Decano y estuvimos en un par de Comisiones, una de ellas ampliada con Hacienda, haciendo una apreciación positiva sobre estas leyes, entendiéndolas como una verdadera mejora eso figura en los documentos entregados al Poder Legislativo en la organización del sistema y en la prestación a las personas.

Pero lo que nosotros estamos planteando es que muchas veces sucede que se ataca un gran problema, pero quedan aspectos del mismo o colaterales y es algo que los propios legisladores nos han mostrado que ameritan un nuevo paso. Si usted quiere una opinión personal de varios, debo decir que nosotros entendemos estas tres leyes como un fortísimo avance, no necesariamente como el punto final, y esto también ha sido compartido en conversaciones con legisladores.

Es decir que es en ese marco de ir resolviendo, no necesariamente en una sola vez, que hacemos este planteo hoy. Por supuesto que ahora lo hemos profundizado; al comienzo no lo teníamos tan claro, aunque sí los lineamientos generales, y las dificultades fueron señaladas en algunos ámbitos.

Así que en las reuniones del Consejo y de la Comisión Directiva nos sentimos responsables de no haber tenido la fuerza suficiente para marcarlo en su momento, pero entendemos que también ahora es un momento. Tal vez el mejor sea alguna Rendición de Cuentas, donde estos aspectos a veces, aunque no es el objetivo central, se mejoran, pero llegados a este punto es que sentimos esta necesidad.

Respecto a algunos comentarios realizados, debo decir que la Comisión Directiva se ha preguntado repetidas veces por qué no ofrecerse a la UDELAR como prestador. Es que nosotros no somos un prestador integral. Usted señalaba que cada institución tiene un universo de usuarios definido, y uno podría completar esa idea diciendo que el universo de elementos de prestación de asistencia para el universo ASSE está conformado también por el Hospital, en ese punto de cruce. Y yo lo digo con propiedad porque, a pesar de ser socio de una mutualista con muchas dificultades, pero sobreviviente, en mi última intervención, elegí el Hospital y entré como pasante, porque ahí no están los elementos de confort, no está la celeridad en la resolución diagnóstica porque hay insuficiencias, pero hay suficientes elementos como para que uno lo proponga al resto de la UDELAR. De todas formas, no se pudo avanzar por ese asunto y también porque las leyes cobijan y protegen la decisión de las personas. El asunto que nos corresponde es que no lo hemos ofrecido, y ha sido tomado en esa perspectiva. Nosotros estamos viendo lo que ustedes señalaban sobre los muchos asuntos a mejorar a la interna del Hospital para aumentar su eficacia y eficiencia. Déjenme trasmitirles que no estamos seguros ni afirmamos que estemos en el extremo de la eficacia y de la eficiencia, pero sí que tratamos de usar los recursos lo mejor posible y que hay un desacuerdo entre recursos asignados y la magnitud de las prestaciones que el Hospital realiza y que ese dilema médico, organizativo y ético está radicado en el Hospital y en la Comisión Directiva. Varias veces nos planteamos: dimensionemos el Hospital a lo que nos permite hacer lo que nos asigna la Ley Presupuestal y no sacrifiquemos la calidad de la asistencia de las personas, y además la calidad de vida de los que trabajan en el Hospital. Y lo digo como un "además" a la necesidad de mantener el nivel de prestaciones. Bueno, por ahora se ha resuelto de esa manera, sacrificando los elementos de calidad y manteniendo el rango de prestaciones. Fíjense que de los tres hospitales de adultos

del país no lo dije, pero está en el memorándum, tiene el 43% de las camas y produjo en 2006 es un ejemplo, no significa que haya sido un año pico el 37% de los egresos de los hospitales de adulto de Montevideo, el 42% de las cirugías, sin discriminar el nivel de complejidad, el 36% de las consultas de emergencia y alrededor de 145.000 consultas externas, porque el Hospital y sus cátedras son también un componente del primer nivel de atención. Esas 145.000 consultas son ambulatorias y fueron el 45% de las consultas de policlínicas de los tres hospitales, no de ASSE que tiene muchas más. Y en cuanto al nivel de las consultas, mirando a las personas, esto ofrece una dificultad porque el Hospital, que toma sus recursos para los hospitalizados, no ha logrado establecer recursos para los ambulatorios o coordinación con ASSE con la que se complementa en la asistencia de los ambulatorios a fin de lograr una solución para las personas. Entonces, este es un asunto que tiene que ver con quién es el responsable final del sistema de prestaciones y de los recursos, que no es ni ASSE, ni la UDELAR ni el Hospital, sino ustedes y el Poder Ejecutivo, al final. Todavía no hemos podido concentrar algunos aspectos. Recibimos el desafío, la propuesta del Poder Ejecutivo de desarrollar en el Hospital el Centro Cardiovascular público. Se hicieron grandes esfuerzos en el Hospital y en ASSE para generar ámbitos de resolución y flujo de pacientes. En ese momento no se pudo dar satisfacción a la demanda pública, pero a mediados del año que viene terminamos la construcción del Centro Cardiovascular, que se ha pensado para dar cobertura a lo público nacional. El Centro Cardiovascular es uno de los proyectos incluidos dentro de los dineros obtenidos por el Gobierno de Venezuela, pero por el Gobierno y vertidos en el Hospital; me refiero a esos 17:000.000. Lamentablemente esta cifra dista de aquella, situada entre 40:000.000 y 50:000.000, que se estimó en reiteradas oportunidades como necesaria para nivelar en un mínimo al hospital universitario. Pero si, como esperamos, en el transcurso del año que viene, se entregan los proyectos que corresponden más o menos al 80% de esos 17:000.000, tenemos una expresión cierta, concreta y verbal del Ejecutivo de trabajar para obtener los dineros a fin de completar la "refuncionalización" del Hospital. No es malo que se dé en etapas porque también nos permite dar cuentas de que lo podemos hacer. Estamos convencidos de que vamos a dar buenas cuentas, pero, claro, la cinta todavía no está cortada en la mayoría de los proyectos y la mayor parte de los dineros hubo que utilizarla en el triperío oculto del Hospital, lo que era imprescindible porque si no colapsaba, aunque el dinero para las áreas donde se alojan las personas y se resuelven los diagnósticos no está dentro de esos 17:000.000. Pero creo que el país hizo una inversión y hay una clara manifestación de eso que le decía, que si hacemos bien las cosas y demostramos que aplicamos bien los dineros, hay una voluntad de completar lo necesario. Además hay una serie de medidas a tomar hacia la interna del Hospital que nosotros reconocemos. Se dice que formamos gente para trabajar afuera, pero es que la propia Facultad tiene una política expulsiva porque, a diferencia de lo que pasa con la mayoría de las facultades de la UDELAR, la nuestra establece que los cargos son a término, algunos se pueden renovar pero por una sola vez, salvo los 4 o 5. Es decir que cuando usted termina su grado 3, tiene que irse si no hay lugar para el ascenso. También estamos tratando de cambiar eso porque no se puede crear ni sostener la calidad de programas asistenciales si no se mantienen recursos humanos de excelencia por períodos prolongados. Así que también en eso se está trabajando para cambiar las ordenanzas internas de la Facultad que permitan vinculado a programas específicos mantener los recursos como una mejor retribución. Ese es otro problema grave que tenemos que no solo es de justicia hacia las personas sino que es un problema institucional. Un cargo final gana por hora en la UDELAR, en el Hospital de Clínicas, un cuarto de lo que gana un cargo de inicio en ASSE. Nosotros tenemos dificultades para reunir gente para la asistencia. Ese es un "lloro" de otro día, pero quiero decirlo como uno de los desafíos de esta realidad tan compleja. Si ustedes me permiten, si bien, por suerte, no tengo tanta experiencia como el doctor Sempol...

(Hilaridad)

——Tengo diez años menos. Podemos decir que pocas veces hemos visto tantas oportunidades posibles, tantas miradas proclives al desarrollo del Hospital. Entonces, en ese marco es en el que trabajamos y en parte es por lo que venimos acá. La creación de especialistas es un desafío no me voy a detener; lo vemos como ustedes. Se mencionó el caso de los anestesistas; es un problema en el país. Ustedes vieron que en tres años se fueron más de los que se formaron. Nosotros, con la comprensión de la Cátedra, desde el Consejo, hemos duplicado el ámbito de formación de anestesistas, pero también gracias a la última Rendición de Cuentas y a la participación del Legislativo y del Ejecutivo, se está implementando el incremento en un tercio de los residentes, que hacen a la formación del mejor postgrado que tiene la Facultad de Medicina. Ese no es solo un logro de la Facultad sino que tiene muchas patas, pero también es la mirada en el sentido de que el cambio de modelo que ustedes aprobaron, y por lo tanto instalaron en el país, necesita creación y reconversión de recursos.

Ustedes saben que en Facultad hay un nuevo plan muy discutido, pero que en realidad acentúa la mirada en la misma dirección que el Legislativo y el Ejecutivo y que acompasa el cambio positivo de modelo. Sin duda, reconocemos una serie de ineficiencias a la interna del Hospital. Solo puedo trasmitirles, para terminar, que hay varias líneas de trabajo dirigidas a mirar la eficiencia, hasta con un abordaje científico, y mejorarla, pero también debo decir que, en las condiciones actuales de trabajo del Hospital, desde la Comisión Directiva vemos que sometemos a los funcionarios docentes y no docentes a un esfuerzo desmedido para sostener el volumen de prestaciones del Hospital. Eso que decía el profesor Sempol ahora es un desafío de todos los días y hay un agotamiento que se va produciendo por sectores, porque ya no hay el número de enfermeras o de médicos "que se necesitan para"; hay muchos menos.

Acerca de los costos universitarios quiero decir que los hospitales universitarios cuestan más que los que no lo son, pero nosotros entendemos estamos trabajando en ello que los únicos dos factores que intervienen en los mayores costos derivan de un nivel de complejidad que eventualmente puede darse, que es mayor que en los otros hospitales cuanto más complejidad más costo y, por otra parte, de la dotación de personal que tiene que cumplir simultánea o sucesivamente dos funciones: la docente y la asistencial. Pero con el resto de los recursos pasa lo contrario. Quiero decir que el uso de los recursos para la asistencia no tiene que estar encarecido por el aspecto docente sino todo lo contrario, porque parte del aprendizaje en nuestros días pasa por la gestión del acto médico con la eficiencia y con la eficacia económica que lo acompaña. Entonces, no por ser universitario tiene que ser más caro porque pedimos más exámenes para enseñar. La dirección de la Facultad apunta a lo contrario: a intentar lograr que la formación de los recursos incluya cada vez más los conceptos de administración del acto médico, aunque más no sea. Por lo menos, esta es la intención.

SEÑOR MASEDA.- Agradezco la visita.

Dado que no soy profesional de la salud, hago un esfuerzo grande al tratar de acompañar a mis colegas en todos los temas que se discuten, incluido este, el del Sistema Nacional Integrado de Salud. Por otra parte, esta reunión me ha parecido interesante.

En el libro "Las venas abiertas de América Latina" hay una pregunta acerca de cuándo se embromó el Perú se decía de otra forma y se hace una interpretación. Creo que el doctor hacía una clara referencia al deterioro que yo no conocía de un centro de asistencia de salud del país. Y es bueno que lo haya dicho ya que en cierta medida marca una realidad, no solo del Hospital de Clínicas, sino de toda la asistencia de Salud Pública. Todo lo que tiene que ver con el deterioro del sistema, que ustedes vivieron allá por el cincuenta, lo han vivido todos los uruguayos. Quienes somos usuarios de Salud Pública yo lo soy lo sabemos. Hoy también tenemos problemas porque no está todo resuelto, esa es la realidad. Tenemos problemas reales, como los que planteaba el Presidente de la Comisión. A veces se superponen los recursos o los dineros se destinan hacia la salud privada y no hacia la pública; esa es una preocupación que tenemos los usuarios que hemos hecho esta opción. Cada vez que tenemos que recurrir a Salud Pública nos decimos antes de llegar al mostrador: "No nos vamos a calentar", pero nos terminamos calentando. Ese es un tema un temazo y lo tenemos en Artigas, en Salto, en Paysandú, en todos lados.

Lo que he aprendido acerca del Sistema Nacional Integrado de Salud es que este es un proyecto gradual, que se puede perfeccionar y que en todos los ámbitos de la sociedad se está discutiendo cómo se hace la complementación de prestación de servicios de salud entre las instituciones públicas y las privadas en forma transparente y con actitudes cristalinas; eso es fundamental en la aplicación del sistema porque refiere a cómo iniciamos el proceso para que no se repita la historia, ya que la historia que hoy se planteó se repitió en muchos lados en perjuicio de salud pública. Hoy estamos todos metidos en el mismo barco, todos luchamos por el Sistema Nacional Integrado de Salud y no generamos situaciones de enfrentamiento.

Por lo que yo pude entender, creo que ustedes están hoy en una especie de subsidio a Salud Pública, a ASSE, porque le están atendiendo los pacientes a ASSE y no están recibiendo nada. Claramente, esa población que no hace aportes al FONASA y va a atenderse al hospital público, al Hospital de Clínicas no deja nada, deja solo su enfermedad, y se lleva la solución a su problema. Entonces, en cierta medida hay una especie de subsidio; fuera de los recursos que ustedes reciben de aquí y de allá, está bueno pensarlo como ustedes lo pensaron.

Me parece bueno lo que dijo el Diputado Gallo Imperiale acerca de cómo le encontramos la vuelta; creo que eso es interesante.

Como homenaje a lo que dijo el doctor, que tiene bastantes canas y es un poquito mayor que yo, quien habló del ejemplo, voy a citar una frase que me dijo una persona y que acabo de escribir pues tenía miedo de no acordármela: "El ejemplo no es la única forma de ejercer influencia, sino el único medio". Se lo dejo porque es parte de la exposición que hizo el doctor, en agradecimiento a lo que dijo, que fue muy bueno. Sinceramente se lo digo.

SEÑOR ALEMÁN.- Me voy a referir al tema de los dineros que usa la Universidad por la cuota mutual. Yo milito a nivel central en las Comisiones y por eso me parece lógico dar la información que solicitaron.

La Universidad, antes del ingreso al FONASA, invertía unos $ 218:000.000 en quince mil cuotas mutuales. A partir del ingreso al FONASA, con esos $ 218:000.000 la Universidad está financiando el 5% de aporte patronal y el 3% de FONASA básico de los trabajadores. Además, quedó con unas 3.500 cuotas mutuales que son las que están usando familiares, que pueden tener discapacidades o algunos que no estén incluidos en el FONASA por ser mayores de dieciocho años, cónyuges que no están en el Sistema porque se prevé su ingreso recién en 2010, e inclusive algunos familiares padres y abuelos que conviven con el funcionario, que no ingresarían al Sistema hasta 2013. Es bueno que manejen la información acerca de que realmente la Universidad está usando ese dinero en el aporte.

Al mismo tiempo se ha creado un problema, porque la misma ley del FONASA dice que no puede significar rebaja salarial para los trabajadores de la educación, y el ingreso al FONASA ha significado una rebaja salarial para los trabajadores de la Universidad. Los trabajadores charlamos este tema con Olesker porque tenemos que buscar una solución, ya que se estaría habilitando a que los trabajadores iniciaran acciones legales contra esta resolución.

Más que nada quería decir eso, en qué está usando la Universidad los dineros de la cuota mutual.

SEÑOR LACUAGUE.- Quisiera centrarme en dos aspectos que me parecen clave en todo esto que hablamos. Hay un aspecto que los que por alguna razón hemos seguido al Hospital durante mucho tiempo en sus distintas etapas, tenemos muy claro. Hay dos grandes distorsiones que ha vivido permanentemente el Hospital que creo que son las esenciales a pesar de que ha habido otras. Una es el hecho de que tenga un universo de prestación y no reciba para esa prestación los recursos correspondientes. No vamos a historiar por qué sucedió eso. Simplemente, se trata de hacer un cálculo y decir: "Bueno, para prestaciones se gasta tanto", y después los recursos vienen de donde vienen. Eso ha hecho, entre otras cosas, que el Hospital no tenga medicación para los ambulatorios. Y como esta podemos citar otra serie de distorsiones. Este es un hospital abierto a una demanda: al que viene, se lo atiende. Entonces, en algunos momentos se crean las crisis cíclicas que tiene el hospital y, a veces, vemos que se pregunta en la prensa cómo sigue el Hospital y qué pasa en el Hospital, etcétera. Eso está generado por ese hecho fundamental que durante cuarenta o cincuenta años se ha mantenido así. Se trata de un hospital abierto que no recibe los fondos correspondientes a su producción asistencial, si es que hablamos en términos de producción. El Hospital tiene una producción asistencial, una producción docente y una producción de investigación y para ello necesita, simplemente, contar recursos adecuados a lo que produce para este país, no para la ineficiencia ni para privilegios.

El segundo punto tiene que ver con esto y es que hay una realidad que ha ido evolucionando. Para tener un hospital universitario de verdad necesitamos que haya docentes con alta dedicación. Esto es esencial. No puede haber docentes que vengan cuatro horas en la mañana y después no estén. Ese es el gran mal de un hospital universitario que pretende y debe ser un hospital en el cual se enseñe la mejor medicina y se aplique la última tecnología. Para ello estamos tratando de revertir toda la situación acumulada durante tantos años. Entre otras cosas, el Hospital no tenía dinero para mantenimiento y luego de 40 años eso llevó a que se quedara sin terrazas, sin ventanas y sin cañerías. Eso se estudió; se vio que la estructura del Hospital era noble y se concluyó que recuperarlo era mejor que construir uno nuevo. Estamos en el medio de ese camino; quedan dos años para completar las obras y eso genera una serie de distorsiones porque el Hospital está en funcionamiento. El hecho de estar en construcción genera muchos problemas y no podemos parar la atención de la gente. La recuperación de la planta física y de las instalaciones está en marcha. Posiblemente, se necesite más dinero más adelante.

Creo que el hecho sustancial es que podamos tener docentes que ganen lo mismo que en el mutualismo, que haya una equiparación, que por la misma carga horaria ganen lo mismo y puedan dedicarse. Lo que sufrimos hoy es que la persona joven termina de formarse y a lo pocos meses ya tiene ofertas de trabajo mucho mejores y mucha de la alta tecnología está fuera del Hospital. Por eso los mejores recursos se van: porque ganan más. Simplemente, queremos un pie de equiparación para competir en serio y radicar en el Hospital la investigación, la tecnología, etcétera.

A pesar de todas esas dificultades de falta de recursos y de ineficiencias que se van generando reconocemos que también tenemos problemas de recursos humanos, el quid de la cuestión está en que con un salario digno podamos tener el personal necesario y apostar al desarrollo completo de toda nuestra potencialidad. El Hospital es un mosaico: tenemos cosas muy valiosas en algunos lugares y otras que están muy mal. Por ejemplo, los pacientes complejos no se pueden ver mejor en ningún otro lugar porque tenemos todas las especialidades, nos reunimos y discutimos. Además, frecuentemente, surgen proyectos de desarrollo y de tecnología, nuevos enfoques y policlínicas. A esa potencialidad del Hospital le tenemos que dar un piso, una plataforma.

El Hospital es transparente. Si invertimos en tecnología en el Hospital se está apuntando a la eficiencia; podrá haber errores, pero lo importante es corregirlos, ver cómo se logra una mejor gestión. Pero lo que está en lo privado digo esto y no tengo nada contra los privados, evidentemente, está respondiendo a otros móviles y por lo menos queremos estar en pie de igualdad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Esperamos encontrarnos dentro de poco para arbitrar las soluciones necesarias.

Muchas gracias.

(Se retiran de Sala el decano interino de la Facultad de Medicina y una delegación de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela").

(Ingresa a sala una delegación del Grupo de Padres "D").

——Esta Comisión tiene el agrado de recibir a la delegación del Grupo de Padres "D", integrada por las señoras Gissell Mosegui, Beatriz Lazo y Rosario Soto, el doctor Jorge Milnitsky, los señores Ricardo Teixeira y Nicolás Núñez, y el arquitecto Ernesto Aguiar.

SEÑORA MOSEGUI.- Queremos agradecer que nos hayan recibido.

Estamos detrás del proyecto de ley presentado por ADU desde el año 2005 y habíamos solicitado esta entrevista para poder manifestar nuestro interés y nuestras preocupaciones al respecto.

Somos un grupo de padres que nos reunimos en la Asociación. Todos tenemos en común ser padres de hijos que tienen diabetes tipo 1, o sea, que son insulinodependientes. Nos reunimos porque todos tenemos la misma realidad y las mismas preocupaciones.

Cuando nos enteramos de que este proyecto estaba presentado desde el año 2005, obviamente que nos interesó, porque vemos que la ley actual es obsoleta y que se discrimina a las personas con diabetes. Nos preocupa el tema porque pretendemos que cuando sean grandes nuestros hijos puedan ser lo que realmente quieran ser y no que sean discriminados por tener diabetes. Entonces, nos interesó mucho este proyecto, sobre todo por el tema educativo que tiene detrás. Creemos que es fundamental tratar la parte de la discriminación en lo social, en las escuelas, educando a toda la población en general para prevenir la diabetes tipo 2, que padece el 90% de los diabéticos.

SEÑOR AGUIAR.- Este grupo de padres muchos de los cuales integramos ADU; otros, no vive en forma cotidiana toda la problemática respecto al acceso a los insumos. En ese sentido, nosotros iniciamos una movida en el mes de mayo de este año con el solo cometido de sensibilizar a la población. Allí nos dimos cuenta del enorme desconocimiento que existe sobre la diabetes y sobre la afección crónica que padecen nuestros hijos. Hicimos una movilización en la que recogimos cerca de veintiséis

mil quinientas firmas solamente a los efectos de llevarlas al Ministerio de Salud Pública a una instancia que nos concedió la señora Ministra. En dicha oportunidad, entregamos una serie de demandas que la mamá de Giselle Mosegui les va a pasar a mostrar a través de una nota. Pedimos que el Ministerio de Salud Pública interviniera y elaborara un protocolo integral para todas las personas con diabetes en el Uruguay, que son más de doscientas setenta mil. Esos protocolos no existen actualmente. A su vez, no estamos pidiendo solamente un protocolo integral, sino que también estamos reclamando que en las instituciones de asistencia médica colectiva en las cuales nosotros nos atendemos, no se nos discrimine, tal como ocurre actualmente. El panorama es bastante singular, tal como lo podrán ver en la planilla que les pasaremos a entregar.

Hay algunas instituciones mutuales que tienen un criterio particular para el suministro de insumos y de medicamentos; hay otras que tienen otro criterio. Ese criterio no es para nada equitativo. Solicitábamos, precisamente, también la intervención del Ministerio en ese sentido.

Quiero recalcar algo que seguramente quienes son médicos ya deben conocer: nuestros hijos son insulinodependientes, es decir que dependen de la insulina para vivir y de los controles que se hacen con las tiras reactivas para tener un buen control metabólico. Si eso no es posible, si por motivos obvios, el padre o la madre no pudieran acceder a ellos, se estaría yendo en contra de a salud de los chicos. Por eso, en el segundo y tercer punto de la nota que le presentamos a la señora Ministra lo que reclamábamos era, precisamente, una cantidad mensual, mediante el pago de un ticket de medicamentos, tanto para las tiras reactivas como para las insulinas análogas. No estamos pidiendo que nos regalen nada. Somos plenamente conscientes de que se ha avanzado y de que se ha dado un paso muy importante a través del Sistema Nacional Integrado de Salud. Y el Ministerio de Salud Pública también ha mostrado muchísima sensibilidad con respecto al tema con dos circulares, la Nº 265 y la Nº 562, que emitió durante este período, mediante las cuales en el formulario terapéutico de medicamentos se introducen una serie de insulinas y de tiras a ser suministradas en forma gratuita en el contexto de la salud pública. Si bien es cierto que el tema de la salud privada es distinto, queda un poco librado al criterio que cada institución de asistencia tenga. Lo que nosotros estamos pidiendo en el ámbito del Ministerio de Salud Pública es, precisamente, la gestación de esos protocolos que nos permitirían elaborar un marco normativo de actuación.

En lo que tiene que ver con este proyecto de ley que van a comenzar a tratar, de repente nuestro interés sería manifestarles por una cuestión de tiempos no llegamos a conformar un ámbito de discusión con la Asociación de Diabéticos del Uruguay, que es la que presenta el proyecto y con la que hay amplio consenso, como grupo de padres, algunas de las medidas que están detalladas en el articulado. Queremos saber si existe la posibilidad en el estudio de este anteproyecto de ley que nosotros les presentemos modificaciones al articulado a los solos efectos de ser agregados. Obviamente, esto lo tenemos que hablar con la Asociación de Diabéticos del Uruguay, que da por concluido el tema, porque es la hacedora del proyecto de ley y entiende, por obvias razones, que no hay ningún agregado más. Nosotros, como padres de hijos con diabetes entendemos que hay agregados para hacer, que no cambian sustancialmente la elaboración del proyecto en sí, pero que son agregados válidos y necesarios.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer un par de aclaraciones.

En primer lugar, el proyecto tiene estado parlamentario, es decir, que fue presentado bajo firma de legisladores, desde hace diez días. No sé qué proyecto había en el año 2005, pero seguramente en el Parlamento no estaba.

En segundo término, los proyectos se discuten artículo por artículo y se pueden hacer modificaciones: cambiarlo todo, hacer otro, hacer pequeñas modificaciones o ninguna. Esta Comisión tiene la voluntad de resolver este proyecto lo más rápido que pueda, pero en una buena forma. Nos vamos a tomar el tiempo necesario para hacer un estudio profundo a los efectos de tener el mejor proyecto posible, porque no es tan sencillo hacer una ley de ninguna cosa. Además, los tiempos se vienen acotando, porque lo que no entre en esta Legislatura, al 15 de setiembre del año próximo, quedará archivado y pasará a la siguiente Legislatura, en la que se deberá reiniciar el trámite.

Se trata de un proyecto que no hemos comenzado a estudiar profundamente aún, pero que vale la pena hacerle ajustes. La Comisión tiene la mayor voluntad de resolver bien el tema, pero también en forma rápida. Pero, en primer lugar, en una buena forma.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Cuando la Comisión comience a estudiar el proyecto, los citará a los efectos de que en esa comparecencia hagan el estudio, el análisis del proyecto y las sugerencias que crean convenientes, para que queden como insumo para la Comisión cuando estudie el tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pueden mandar una nota en la que expresen qué es lo que consideran que hay que agregar o modificar. Las puertas están abiertas.

SEÑORA MOSEGUI.- Queremos agradecerles que nos hayan recibido. Nosotros también corremos detrás de los tiempos igual que ustedes para que el proyecto sea sancionado en esta Legislatura.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social agradece vuestra presencia.

Se levanta la reunión.